



Aviso sobre las Prácticas de Privacidad

Fecha Vigente 14 de Abril, 2003

HW-0320S
Revisado 08/06

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y
CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR REVÍSELA CON CUIDADO.**

- Si usted tiene cualquier pregunta sobre este Aviso, por favor contacte a la Oficina de Privacidad del Departamento de Salud y Bienestar al 208-334-6519 ó por correo electrónico al PrivacyOffice@idhw.state.id.us.
- Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Copias de este aviso están disponibles en las oficinas del Departamento de Salud y Bienestar. Este aviso también está disponible en el sitio web del Departamento de Salud y Bienestar en <http://www.healthandwelfare.idaho.gov>

EL PROPÓSITO DE ESTE AVISO

Este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad describe cómo el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (Departamento) maneja información confidencial, siguiendo los requisitos estatales y federales. Todos los programas dentro del Departamento pueden compartir información confidencial entre sí como sea necesario para proveerle beneficios o servicios y para el propósito normal de un negocio. El Departamento también puede compartir su información confidencial con otros fuera del Departamento como sea necesario para proveerle beneficios o servicios.

Nosotros estamos dedicados a proteger su información confidencial. Nosotros creamos archivos de los beneficios o servicios que usted recibe por parte del Departamento. Nosotros necesitamos estos archivos para proveerle cuidado y servicios de calidad. También necesitamos estos documentos para seguir las leyes locales, estatales y federales.

Se nos requiere de:

- usar y divulgar información confidencial como la ley lo requiere;
- mantener privada su información;
- darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad para su información; y
- seguir los términos del aviso que está actualmente en efecto.

Este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad no afecta su elegibilidad para recibir beneficios o servicios.

SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

1. Derecho de Revisar y Copiar

Usted tiene el derecho de revisar y copiar su información como lo permita la ley.

Si a usted le gustaría revisar y copiar su información, el formulario “Records Request” (Solicitud de Documentos) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento le responderá dentro de 3 días de trabajo de cuando se recibió su petición. El Departamento puede extender el tiempo que se toma en responderle a 7 días de trabajo adicionales si la información que solicita no puede ser localizada ni recuperada dentro de los 3 días originales. Si este es el caso se le enviará un aviso de la extensión y la razón de ésta.

Si desea recibir una copia de la información, puede que exista un cobro. Si pide 100 páginas o más de nuestros archivos, el cobro puede ser de 10¢ por página.

Se le notificará si existe información que legalmente no le podemos divulgar.

2. **Derecho de Corregir**

Usted tiene el derecho de pedirnos que hagamos cambios a su información si cree que la información que tenemos sobre usted es errónea o no está completa.

Si le quiere pedir al Departamento que cambie su información, el formulario “Request to Amend Records” (Solicitud para Corregir Documentos) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento le responderá a su petición dentro de 10 días.

Nosotros podemos negar su petición si nos pide que cambiemos información que:

- No fue creada por el Departamento;
- No es parte de la información que es mantenida por el Departamento ni es para éste;
- No es parte de la información que se le permite revisar y copiar; o
- Nosotros determinamos que está correcta y completa.

3. **Derecho de Restringir Divulgaciones de la Información sobre la Salud**

Usted tiene el derecho de pedirnos que no compartamos su información sobre la salud para su tratamiento o servicios, o en el propósito normal de un negocio. Usted nos debe decir qué información no desea que compartamos y con quién no la debemos compartir.

Si usted quiere pedirle al Departamento que no comparta su información, el formulario “Request to Restrict Health Information Disclosures” (Solicitud para Restringir las Divulgaciones de la Información sobre la Salud) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento responderá a su petición dentro de 10 días.

Si otorgamos su petición, nosotros cumpliremos con su deseo a menos que la información se necesite para darle tratamiento en caso de emergencia o hasta que suspenda la restricción.

4. **Derecho a una Manera Alternativa de la Entrega de Información**

Usted tiene el derecho de pedir que le entreguemos su información a una dirección diferente. Por ejemplo, nos puede pedir que le enviemos su información de un programa a una dirección diferente de la de otros programas de los cuales usted recibe servicios o beneficios.

Si usted desea solicitar una manera alternativa de la entrega de su información, el formulario “Request for Alternate Means of Delivery” (Solicitud para una Manera Alternativa de Entrega) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento responderá a su petición dentro de 10 días.

Nosotros no le preguntaremos la razón de su petición. Todas las solicitudes razonables serán aprobadas.

5. **Derecho a un Reporte de las Divulgaciones de la Información sobre la Salud**

Usted tiene el derecho a un reporte de las divulgaciones de la información sobre su salud. Este reporte de divulgaciones no incluye las veces en que hemos compartido su información de la salud para tratamiento, pago para su tratamiento o para el propósito normal de un negocio, o las veces que nos autorizó para compartir su información.

Si usted desea solicitar un reporte de las divulgaciones de la información sobre su salud, el formulario “Request to Receive a Report of Health Information Disclosures” (Solicitud para Recibir un Reporte de las Divulgaciones de la Información sobre la Salud) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento responderá a su petición dentro de 10 días.

El primer reporte que nos pida y que recibe en el paso de un año será libre de cobro. Para reportes adicionales dentro del mismo año, cobraremos los gastos de proveerlo. Nosotros le diremos el costo y usted puede remover o cambiar su petición en ese entonces antes de que se le cobre algo.

CÓMO EL DEPARTAMENTO PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN

Ocasiones en donde no se necesita su permiso

- **Para Recibir Tratamiento.** Nosotros podemos usar su información para darle beneficios, tratamiento o servicios. Podemos compartir su información con una enfermera, un profesional médico u otra persona que le está dando tratamiento o servicios. Los programas en el Departamento también pueden compartir su información para coordinar servicios que tal vez necesite. Nosotros también podemos compartir su información con personas fuera del Departamento que participan en su cuidado, tales como miembros de la familia, representantes informales o legales, u otros que le pueden dar servicios como parte de su cuidado.
- **Para Recibir Pago.** Nosotros podemos usar y compartir su información para el tratamiento y los servicios que recibe por medio del Departamento puedan ser pagados. Por ejemplo, necesitamos darle a su compañía de seguro médico información sobre el tratamiento o los servicios que recibió para que su seguro médico pueda pagar el tratamiento o los servicios.
- **Para la Operación del Negocio.** Nosotros podemos usar y compartir su información con propósito de operar el negocio. Esto es necesario para la operación diaria del Departamento y para asegurarnos de que todos nuestros clientes reciben calidad de cuidado. Por ejemplo, podemos usar su información para revisar nuestra provisión de tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal cuando le provee servicios.

Ocasiones en donde se necesita su permiso

- **Por razones que no son para el tratamiento, el Pago o la Operación del Negocio.** Existen ocasiones cuando el Departamento tenga que usar y compartir su información por razones que no son para el tratamiento, el pago y la operación del negocio como se explicó arriba. Por ejemplo, si su empleador o escuela le pide información al Departamento que no es parte del tratamiento, del pago ni la operación del negocio, el Departamento le pedirá una autorización por escrito permitiéndonos compartir esa información. Si nos da permiso para usar y compartir su información, usted también puede suspender ese permiso en cualquier momento, si lo hace por escrito. Si suspende su permiso, no usaremos ni compartiremos esa información. Usted debe comprender que no podemos recuperar información que ya compartimos con su autorización.
- **Personas que son parte de su cuidado o pago por su cuidado.** Nosotros podemos darle información a un miembro de la familia, a un representante legal, o a alguien a quien usted ha designado como parte de su cuidado. También le podemos dar su información a alguien que le ayuda a pagar por su cuidado. Si usted no puede decir sí o no a dicha divulgación, podemos compartir su información como sea necesario si determinamos en nuestra opinión profesional que es para su bienestar. También, podemos compartir su información en un desastre para que su familia o representante legal esté informada sobre su condición, estado y localidad.

Otros usos de su información que pueden ser hechos sin su permiso

- | | |
|--|--|
| ➤ Para recordatorios de citas | ➤ Para donar órganos y tejido |
| ➤ Para alternativas de tratamiento | ➤ Para tratamiento de emergencia |
| ➤ Como lo requiera la ley | ➤ Para prevenir una amenaza grave a la salud y seguridad |
| ➤ Para el riesgo de la salud pública | ➤ Para organizaciones militares y de veteranos |
| ➤ Para la policía | ➤ Para actividades de supervisión de la salud |
| ➤ Para demandas y disputas | ➤ Para actividades de seguridad nacional e inteligencia |
| ➤ Para médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerales | ➤ Para instituciones correccionales |

REQUISITOS ESPECIALES

Información que se ha recibido de un programa de tratamiento para el abuso de sustancias financiado con fondos federales o por medio del programa de bebés y niños pequeños no será divulgada sin la autorización específica de la persona o de un representante legal.

CAMBIOS A ESTE AVISO

El Departamento tiene el derecho de cambiar este aviso. Una copia de este aviso se encuentra fijado en nuestras oficinas del Departamento. La fecha de vigencia de este aviso se muestra arriba de cada página. Si el Departamento hace algún cambio a este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad, el Departamento seguirá los términos del aviso que está actualmente en vigencia.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad sobre su información de la salud han sido violados, usted puede someter una queja por escrito con el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho. Todas las quejas que son entregadas al Departamento deben ser por escrito en el formulario de "Complaint Privacy" (Quejas de Privacidad) que está disponible en las oficinas del Departamento. Para someter una queja con el Departamento, envíe el formulario completado de Quejas de Privacidad a:

Idaho Department of Health and Welfare
Privacy Office
P.O. Box 83720
Boise, ID 83720-0036

Si usted cree que sus derechos de privacidad sobre su información de la salud han sido violados, usted también puede someter una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Su queja debe ser por escrito y debe poner el nombre de la organización la cual es el sujeto de su queja y describir lo que cree que fue violado. Envíe su queja por escrito a:

Region 10
Office for Civil Rights
U. S Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue-Suite 900
Seattle, Washington 98121-1831

Para todas las quejas sometidas por correo electrónicas enviar a OCRComplaint@hhs.gov

Una queja ya sea con el Departamento de Salud y Bienestar o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos debe ser sometida dentro de 180 días de cuando usted cree que la violación a la privacidad ocurrió. Este límite de tiempo para someter quejas puede ser suspendido con buena causa.

Usted no será castigado ni se tomarán represalias en su contra por someter una queja.